(21.)

SEPARAT-ABDRUCK AUS
DIAGNOSTISCHES LEXIKON FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.
Herausgegeben von
Dr. ANTON BUM und Dr. M. T. SCHNIRER,
Redacteure der „Wiener Medizinischen Presse".
Verlag: URBAN & SCHWARZENBERG in Wien, I., Maximilianstrasse 4.



Epilepsie

(ἐπιλαμβάνειν, befallen), Fallsucht.

Von

Prof. Dr. **M. Benedikt** in Wien.

Wir müssen bei dieser Erkrankung den latenten Zustand von jenem, in welchem die charakteristischen Symptome erscheinen, unterscheiden, da letztere jahrelang fehlen können, ohne dass das behaftete Individuum aufhört, ein Epileptiker zu sein. Es kann nämlich erstens nicht nur bei jeder äusseren Veranlassung neuerdings ein Anfall auftreten, und zweitens verliert ein solches Individuum seine Eigenschaft nicht complet, wenn auch der Zustand dauernd latent bleibt. Er kann z. B. seinen Krankheitskeim auf seine Descendenz übertragen.

Zur Diagnose der Erkrankung sind wir berechtigt, wenn bei einem Individuum eine Reihe kurz oder relativ kurz andauernder psychischer Anfälle auftreten, zwischen denen Pausen scheinbarer Gesundheit liegen.

Die Formen dieser psychischen Anfälle sind sehr mannigfach. Eine Form besteht darin, dass der Patient plötzlich in seinen Bewegungen innehält, gegen die Aussenwelt nicht reagirt und keine Erinnerung dessen hat, was während dieser Zeit in ihm und ausser ihm vorgegangen ist. Das Muskelsystem verharrt in der Regel dabei in dem Zustande, in welchem es beim Eintritt des Anfalles gewesen ist. Der Kranke verändert dabei gewöhnlich die Farbe im Gesicht und stiert wie „gedankenlos" vor sich hin.

Man nennt solche Anfälle gewöhnlich „kleine Schwindelanfälle" (Petit mal), oder epileptische Absenzen.*)

In anderen Fällen tritt der Kranke plötzlich in ein Stadium veränderten Bewusstseins, indem er nicht nur einzelne, von Vorstellungen dictirt erscheinende Bewegungen und Acte, sondern oft ganze zusammenhängende Actionen ausführt, ohne dass er eine Erinnerung derselben behält, oder höchstens dunkle, verworrene Erinnerungen, meist aus dem Beginne oder dem Ende des Anfalles. Auch diese Anfälle pflegen kurz zu sein, sich nicht über Stunden zu erstrecken und entgehen der Diagnose umso leichter, als die Bewegungen den Charakter einer gewissen Zweckmässigkeit besitzen können und selbst zweckmässige Fortsetzungen von

*) Dieses Petit mal gehört in eine Gruppe von Zuständen, die ich collectiv als „Erstarrungszustände" bezeichne.
Benedikt.

Bewegungen sein können, die im Beginne des Anfalles gemacht wurden, z. B. das Fortgehen durch die verschiedensten Strassen im Sinne des während des vollen Bewusstseins gesteckten Zieles. Man bezeichnet diese Anfälle gewöhnlich als „grosse Schwindelanfälle“, oder auch als „psycho-epileptische“. Doch möchte ich rathen, letzteren Ausdruck für jene Formen cycloider Psychosen zu reserviren, welche beiläufig nach dem Typus epileptischer Anfälle auftreten, sich über Tage und Wochen erstrecken können und in denen Acte eines veränderten Bewusstseins vollzogen werden, welche sehr häufig mit der gesellschaftlichen Ordnung im Widerspruche stehen und zu criminellen Verhandlungen Veranlassung geben. Man hat diese Zustände auch als „psycho-epileptische Aequivalente“ bezeichnet, und ihre Unterscheidung von cycloiden Psychosen ist in jenen Fällen eine formale und willkürliche, bei denen sie sich nicht durch anderweitige Anfälle epileptischer Natur als solche erkennen lassen.

Die schwerste Form von psychischen Zuständen bei der E. ist die vollständige Bewusstlosigkeit mit Aufhören allen cerebralen Einflusses auf die Bewegung, so dass die Kranken hinstürzen.

Diese Form des psychischen Zustandes ist die gewöhnliche bei jener Form von E., die mit allgemeinen Convulsionen verknüpft sind.

Ein zweites wichtiges Symptom der E. sind spastische Zustände, und zwar vorwaltend in der Form von Convulsionen. Doch pflegt man convulsive Anfälle, wenn sie auch den Charakter des Ablaufes der epileptischen haben, nicht als E. zu bezeichnen, sondern höchstens als Epileptoid, und deshalb gehören die hysterischen Convulsionen ohne Bewusstseinsstörung eigentlich nicht zur E., also auch nicht zur hysterischen Form derselben. Wir haben bereits bei den rein psychischen Anfällen der E. von einer Mitwirkung des Muskelsystems gesprochen, insofern dieses zur Ausführung von scheinbar zweckmässigen Actionen in Anspruch genommen wird. Doch rechnet man diese Muskelthätigkeit nicht eigentlich zur directen Betheiligung des Bewegungsapparates bei der E. Es muss jedoch bemerkt werden, dass gewisse Bewegungen, die allenfalls als von einer Vorstellung dictirt angesehen werden können, doch als rein impulsorisch ohne Intervention auch eines veränderten Bewusstseins betrachtet werden müssen und die Bedeutung wie bei der Chorea major haben. Dahin gehören z. B. die Bewegungen des Herumlaufens im Kreise oder nach bestimmten Richtungen (Manége-, Propulsions-Bewegungen). Gewöhnlich haben aber die Convulsionen den Charakter der clonischen Krämpfe, die sehr häufig in tonische übergehen. Besonders bei jener Form, die ich als „Strassenepilepsie“ bezeichne, stürzt der Kranke bewusstlos hin und es stellen sich zuerst allgemeine clonische, dann tonische Krämpfe ein.

Auch bei diesen Anfällen können vor und bei Eintritt der Bewusstseins-Störung partielle clonische Krämpfe — z. B. Schlingkrämpfe, Facialis-Zuckungen etc. — eintreten, bevor die allgemeinen clonischen und tonischen Krämpfe erscheinen. Häufig beisst sich der Kranke in die Zunge, indem zuerst die Zunge krampfhaft auf die Seite gezogen und durch Trismus zwischen die Zähne eingeklemmt wird. Es tritt auch Respirationskrampf mit Cyanose auf, ferner Pupillenstarre und Speichelfluss. Unfreiwillige Harn- und Stuhlentleerung sind dabei nicht selten. Nach einem so schweren Anfalle verfallen die Kranken gewöhnlich in einen comatösen Schlaf, aus dem sie mit dem Gefühle der Abgeschlagenheit, öfters mit eingenommenem Kopfe und selbst mit Shock-Paresen erwachen. In seltenen Fällen treten Hämorrhagien in der Conjunctiva auf, die meist traumatischer Natur sind, und selbstverständlich sind oft Zeichen der Verletzung traumatischer Natur vorhanden.

Zu bemerken ist, dass bei einem und demselben Individuum die verschiedenen Anfälle verschiedene Formen annehmen können. Besonders können häufig einfache Absenzen mit Anfällen wechseln, in denen absolutes Coma mit tonischen und clonischen Krämpfen vorkommt. Auch die Intensität und Ausbreitung der Convulsion kann bei verschiedenen Fällen sehr verschieden sein, indem einer-

seits allgemeine Convulsionen auftreten und andererseits blos Convulsionen in einzelnen Nervengebieten, oder sich gegenseitig anreihend in einer kleinen Anzahl von Nervenausbreitungen (incomplete Anfälle).

Wenig beachtet wird gewöhnlich eine dritte Form epileptischer Anfälle, nämlich die „vasomotorische“.

Sie fällt besonders im Gesichte auf und besteht in partiellen Blässe- oder Röthungszuständen in eigenthümlichen Configurationen. Dieselben treten theils isolirt auf, theils als Prodrome grosser Anfälle. Ihre Erkenntniss ist zunächst darum wichtig, weil sie uns eine Handhabe gewährt, die Nähe grosser Anfälle zu vermuthen und eine Coupirungstherapie derselben einzuleiten. Bei schweren Anfällen und oft als Prodrome treten Schwellungen der Hautdrüsen auf, welche ein ähnliches Bild liefern, wie der beginnende Brom-Ausschlag.

Eine andere Form von epileptischen Anfällen stellen die „thermischen“ dar. Sie bestehen in kurzen heftigen Temperaturserhöhungen (bis 42° und höher), die bald mehr isolirt erscheinen, bald gemeinsam mit anderen epileptischen Symptomen, und im letzteren Falle höchst lebensgefährlich sind.

Eine andere wichtige Gruppe von epileptischen Anfallsformen sind die „moralischen“.

Zu diesen gehört zunächst die „periodische Trunksucht“. Solche Individuen (Quartalsäufer), sonst nüchtern und häufig in normalen Zeiten geradezu mit einem Abscheu vor Alkoholicis behaftet, verfallen ohne alle Resistenzfähigkeit für Stunden oder Tage in Trunksucht.

Eine andere Form der moralischen Fallsucht ist jene bereits erwähnte, welche wir als psycho-epileptische oder als psychisches Aequivalent der E. bezeichnet haben, und die nur insofern zur moralischen E. gehören, als in ihnen mit einer bestimmten Gesetzmässigkeit unsittliche und criminelle Acte begangen werden.

Zu den epileptischen Anfällen gehören auch die sogenannten „Obsessionen“ der Franzosen. Als Typus derselben sind die kleptomanischen Anfälle zu betrachten. Es entsteht beim Anblick eines Gegenstandes eine vasomotorische Aufregung, ein Angstgefühl, und nur die Aneignung und Bergung des Gegenstandes kann diesen Zustand beseitigen. Der Vorgang spielt sich mit solcher psychischer Vehemenz ab, dass hemmende Vorstellungen und Empfindungen gar nicht zur Wirkung kommen. Die Nichtverwerthung der Objecte bildet das differentialdiagnostische Moment, das den Kleptomanen vom Diebe unterscheidet. Doch kann der Kleptomane leicht zum Diebe werden, und bei den „honetten“ Recidivisten, d. i. bei jenen, welche gegen den Rückfall mit grosser moralischer Kraft, aber zuletzt vergeblich ankämpfen, spielt ein momentaner obsessionsartiger Zustand eine grosse Rolle.

Es gibt auch sexuelle Obsessionen und solche, welche zum Selbstmord, Mord und sonstigen Gewaltthätigkeiten führen. (S. a. „Epileptisches Irresein“.)

Wichtig ist es, die *„idiopathischen“* Fälle von der „symptomatischen“ E. zu trennen. Die ersteren erscheinen entweder bald nach der Geburt und kennzeichnen sich dadurch als congenitale, oder sie treten, durch Erkrankungen des Kindesalters hervorgerufen, zuerst als Eklampsia infantilis auf. Man kann behaupten, dass eigentlich die idiopathische E. aus Eklampsia infantilis hervorgeht, während man nicht umgekehrt behaupten darf, dass jede Eklampsia infantilis zur E. führe. Zu den infantilen Erkrankungen, welche zur Eklampsia infantilis und zur E. führen, scheinen mir doch Traumen viel häufiger anzuschuldigen zu sein, als man gewöhnlich annimmt. Auch die Geburtstraumen spielen zweifellos eine gewisse Rolle. Beim weiblichen Geschlechte nehmen die aus Eklampsia infantilis hervorgehenden Fälle in der Pubertätszeit oft den Charakter der hysterischen E. an. Die „Grande Hystérie“ von CHARCOT hat daher dann nur die Bedeutung einer idiopathischen E. mit hysterischer Färbung.

Die „hysterische E.“ entspricht aber nicht nothwendig dem Bilde von CHARCOT, indem viele Fälle sich einfacher gestalten. Spinalempfindlichkeit mit der Möglichkeit, durch Druck auf die Wirbelsäule Anfälle hervorzurufen, die Ovarie

mit der Eigenthümlichkeit, dass man die Anfälle durch Druck auf das betreffende Organ coupiren kann, ist bei den meisten Fällen vorhanden. Lach- oder Weinkrämpfe sind charakteristische Symptome, die aber ebenfalls fehlen können. Die Diagnose „hysterisch" kann überhaupt nur durch Complicationen mit hysterischen Symptomen begründet werden und ist selten zweifelhaft. Sie kommt auch bei Knaben, besonders in Folge von Misshandlungen, und bei Männern in Folge von Schreckaufregung vor. Wo die hysterische E. nicht als idiopathische mit hysterischer Färbung anzusehen ist, rührt sie meist von psychischem Shock her oder sie ist von irgend einer Stelle des Körpers her reflectirt, zum Theil von den Genitalien, aber ebenso gut von jeder anderen Stelle, besonders wenn Reizung ohne spontanen Schmerz — aber meist bei grosser Hyperästhesie gegen Druck — besteht.

Es möge noch einmal betont werden, dass hysterische Convulsionen, die nicht mit Störungen des Bewusstseins einhergehen, nicht als E. angesprochen werden können, sondern höchstens als Epileptoid.

Im Gegensatze zu den idiopathischen stehen die ***„symptomatischen"*** Fälle. Man unterscheidet mehrere Formen der letzteren, zunächst die reflectorischen, bei welchen durch meist latente Reizung von sensiblen Haut- oder Eingeweidenerven die Anfälle ausgelöst werden. Die Constatirung der reflectorischen Natur ist ausser bei Traumen häufig sehr schwer. Dass viele hysteroepileptische Anfälle hieher gehören, wurde bereits betont.

Eine andere, wichtige Reihe symptomatischer E. sind die durch Rindenerkrankung bedingten, und zwar wesentlich durch Erkrankung der Hüllen und durch Neubildungen an der Rinde selbst. Auch hier spielt Schädeltrauma und die dadurch bedingten Rindenreizungen eine Hauptrolle. Unabhängig von einander haben BRAVAIS, ich und JACKSON diese Formen beschrieben.*)

Eine wichtige Gruppe innerhalb dieser sogenannten Corticalformen bilden die durch Syphilis bedingten Fälle. Da die Erkrankung öfters symmetrisch an der inneren Fläche — am Paracentrallappen — erscheint, so ist diese Form öfters a priori bilateral, während die typischen sogenannten corticalen Formen dadurch leicht erkenntlich sind, dass die Spasmen zuerst innerhalb eines bestimmten beschränkten Muskelgebietes auftreten, dass bei sich häufenden Anfällen immer mehr und mehr Irradiation auftritt, bis die Anfälle auch hier bihemilateral werden und früher oder später sich mit den verschiedenen Formen der epileptischen Bewusstseinsstörung sich combiniren. Mit anderen Worten: sie beginnen meist als mehr minder incomplete Convulsionen und werden erst mit der Zeit zu wirklichen epileptischen Anfällen. Seltener haben sie diesen Charakter von Hause aus.

Dass der Ausdruck: „cortical" zur Bezeichnung einer bestimmten Form eigentlich keinen Sinn hat, möge betont werden, da die Rinde das ausschliessliche Centralorgan der E. ist.

Die „toxischen" E. bilden eine weitere Gruppe der symptomatischen E. Es scheinen auch einzelne organische Zersetzungsgifte dieses Leiden provociren zu können.

Die ***Diagnostik*** der Fallsucht hat sich mit den „simulirten" Fällen zu beschäftigen.

Es gibt zwei wesentlich verschiedene Gruppen derselben.

Bei der einen sind die betreffenden Individuen im Stande, den ganzen Mechanismus der E. durch Willenseinfluss auszulösen, wie viele Hysterische ihre Convulsionen. Solche Anfälle sind an und für sich von unwillkürlichen nicht zu unterscheiden, und wir erkennen sie eigentlich nur als gemachte durch die Aussagen der betreffenden Individuen.

*) Auch bei nach ihrem Verlaufe als idiopathische erscheinenden Fällen scheinen viel öfter pathologisch-anatomische Zustände zu bestehen, als gewöhnlich angenommen wird. Dies ist wenigstens die Ueberzeugung, die ich aus den Befunden bei der Operation idiopathischer Fälle gewonnen habe.

Bei den nachgeahmten Fällen ist für den Kenner die Constatirung in der Regel nicht schwer, und zwar durch alle jene Mittel, welche geheuchelte Bewusstlosigkeit, Unempfindlichkeit oder Krampf als gewollte erkennen lassen.

Eine wichtige diagnostische Frage ist, ob wir ohne klinische Anamnese und Beobachtung eine anatomische Diagnose der E. mit Sicherheit machen können.

Es ist zunächst zweifellos, dass viele Abnormitäten des Schädelbaues bei Epileptischen gefunden werden, so Excesse der Grösse und der Hauptdiameter und Hauptumfänge im positiven und negativen Sinne, absolute oder relative Kleinheit des medianen Parietal- und Frontalbogens, ferner Scheitelsteilheit (Oxycephalie) und besonders hochgradige Asymmetrie des Schädels (grosse Ungleichheit beider Hälften oder diffuse Asymmetrie). Doch findet man dieselben Formen auch bei hereditärer Geistesstörung, bei Verbrechern etc. Weiters ist die Grenze der Abnormität, über die hinaus eine normale Function des Gehirnes nicht mehr möglich ist, für die einzelnen Verhältnisse heute noch nicht sicher bestimmt.

Wir können also aus den Abnormitäten der Schädelbaue in vivo wie im Cadaver nur vermuthungsweise E. annehmen.

Auch Aplasie des Gehirnes und Abnormitäten der Gestaltung seines Baues lassen nur — und auch nur bei gewissen Höhegraden — auf Abnormität der Gehirnfunctionen und darunter auf E. schliessen.

Viel sicherer ist der Schluss aus Oberflächenerkrankung des Gehirnes, besonders der Centrallappen, speciell auf E., doch ist auch dieser nicht absolut sicher. Eine absolut sichere anatomische Diagnose existirt also nicht.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.